

様式第3号（第6条関係）

同 意 書

年 月 日

門川町長 様

申請者（住 所）

（氏 名）

私は、門川町不妊検査費助成金給付申請の審査において、夫婦の住民登録状況並びに夫婦（同一世帯者を含む。）の町税及び国民健康保険税の納付状況を閲覧されることに同意します。
また、他自治体へ助成金の給付に係る情報の照会若しくは提供又は医療機関へ検査内容等を照会されることについて同意します。